

問診票 (成人)

ご記入日：西暦 年 月 日

ふりがな		生年月日
お名前	(男・女)	西暦 年 月 日 (歳)
ご住所	〒 (-)	↓繋がりやすいご連絡先に✓してください <input type="checkbox"/> 自宅TEL () <input type="checkbox"/> 携帯TEL () <input type="checkbox"/> その他 ()
ご職業		
メールアドレス	※予約確認メールの登録をお願いしております。確認の取りやすいアドレスを記載してください。	

1. 今気になる事はなんですか？ (複数回答可)

- ① 『予防に関して』 予防歯科に興味がある クリーニングをしたい
 歯を白くしたい ホワイトニングに興味がある
 歯並びが気になる

② 『治療に関して』 歯が痛い (冷たい・熱い) ものがしみる

(上記②で✓の部位に関して どこが： _____ どんなふうに： _____)

- 歯がかけた (つめ物・被せ物) が取れた 歯が揺れている
 歯茎が (出血する・腫れている・痛みがある)

(上記②で✓の部位に関して どこが： _____)

- 入れ歯が (壊れた・合わない) 歯を抜きたい
 インプラントに興味がある

③ 『その他』

- 成人健診希望 妊婦健診希望
 その他 (_____)

2. 過去に大きな病気をされた、もしくは今治療中の病気はありますか？

- ない 心臓の病気 腎臓の病気 糖尿病 血液の病気
 甲状腺の病気 高血圧・低血圧 骨粗しょう症 喘息
 リウマチ てんかん症 メタボリックシンドローム
 鼻の病気 HIV (エイズ) 肝炎 (B型・C型)
 その他 (_____)

*病気にチェックされた方は病名を記入してください (_____)

3. 現在、通院中の病院はありますか？

- ない ある 病名 (_____)
通院中の病院名 (_____)

※裏面もございますのでご記入お願いします

4. 現在、お薬を服用していますか？（骨粗しょう症の方は詳しくお書き下さい）

ない ある（薬の名前_____）

5. お薬、食品、その他のアレルギー（金属/花粉/アトピーなど）はありますか？

ない ある（_____）

6. 今まで歯科の治療で何か異常が出たり、ご気分が悪くなったことはありますか？

ない ある（詳細_____）

7. 家族構成（一緒に住んでいる方）を記載してください。

（_____）

8. 女性の方へ（当てはまる項目がある方は✓をしてください。）

妊娠中（ 週目/予定日 月 日） 妊娠の可能性ある 授乳中

9. 当院をどちらでお知りになりましたか？（複数回答可）

- 前を通りかかって 紹介で（_____様より） ホームページを見て
家族が通っている（ご家族のお名前_____）
歯ブラシセミナー、妊婦セミナーを受けて 当院のパンフレットを見て
小児科、産婦人科、その他病院より紹介（病院名_____）
保育園、幼稚園、学校より（学校名_____）
Instagramを見て 区の健診より その他（_____）

10. 治療の内容についてお尋ねいたします。

- 保険治療、自費治療を問わず、最良で快適と考えられる方法で治療を進めたい
自費治療とはどのようなものなのか話だけでも聞いてみたい
治療内容に制限があっても保険治療の範囲で治療を進めたい
相談して決めたい
今の段階ではよくわからない

11. 通院に際して、希望の時間帯や曜日などご希望があれば、ご記入ください。

（_____）

ご協力ありがとうございました。

※尚、この問診票は医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。

医療法人社団ソラのあかり 荻窪あかり歯科
理事長 与謝野 明